

Indicaciones de la revisión manual de la cavidad uterina durante la tercera etapa de trabajo de parto. Revisión de la evidencia

Indications of the manual revision of the uterine cavity during the third stage of labor. Analysis of evidence

Matthias Sachse-Aguilera,¹Omar Calvo-Aguilar²

RESUMEN

La revisión manual de la cavidad uterina (RMCU) es un procedimiento que se ha convertido, en algunas instituciones públicas, en una maniobra de rutina durante la atención de la tercera etapa de trabajo de parto, lo anterior sin existir la evidencia científica o la normatividad oficial para realizarla sin una indicación precisa, como son la retención de restos placentarios y membranas, hipotonía uterina, sospecha de ruptura uterina o bien por parto con antecedente de Cesárea y partos instrumentados. Lo anterior ha generado el interés de efectuar una búsqueda en la literatura científica para determinar cuáles son las principales indicaciones, contraindicación y complicaciones de este procedimiento, con el fin de proponer acciones que ayuden a mejorar la calidad de la atención proporcionada a las mujeres durante la atención del parto.

Se encontró que la evidencia actual especifica que la RMCU solo debe realizarse bajo indicaciones precisas, ya que no brinda ninguna mejoría en cuanto a la disminución de la morbilidad durante el puerperio cuando se hace de rutina. Pero si se encontró que dicha maniobra

genera mucho dolor si se lleva a cabo sin las medidas de analgesia comúnmente recomendadas.

El conocimiento de la evidencia científica, por parte de los prestadores de servicios médicos, puede ayudar a mejorar la práctica obstétrica, evitando así la realización de maniobras que, sin las indicaciones correctas, pueden generar eventos adversos.

Palabras clave: Revisión manual uterina, trabajo de parto, alumbramiento, revisión sistemática.

ABSTRACT

The manual inspection of the uterine cavity (MIUC) is a procedure that has become, in some public institutions, in a routine procedure during health in the third stage of labor, this without the existence of scientific evidence or the official standards to conduct it without a precise indication, as retention of these placenta and membrane remains, uterine hypotonia, suspicion of uterine rupture or labor with c-section and instrumented labor background. This has generated interest in conducting a

¹ Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Oaxaca, México.

² División de Ginecoobstetricia. Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca.

Folio 221/2012 Artículo recibido: 08-03-2013 Artículo reenviado: 11-03-2013 Artículo aceptado:22-03-2013

Correspondencia: Dr. Matthias Sachse Aguilera. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Oaxaca, México. Ortíz Armengol 201, Fracc. La Luz. Col. Reforma. CIESAS. Oaxaca, México. Correo electrónico: donmat22@hotmail.com.

search in scientific literature to determine which are the main indications, contraindications and complications of this procedure, with the purpose of proposing actions that help to improve the quality of health care provided to women during labor.

Specific ongoing evidence was found that the MIUC must only be conducted under specific indications, since it does not provide any improvement regarding the decrease of mortality during puerperium when routinely

conducted. But this procedure was found to cause pain without analgesia measures commonly recommended.

The acknowledgment of the scientific evidence by the physicians can help improve obstetric practices, preventing procedures that, without correct indications, can cause adverse events.

Keywords: uterine revision, labor stages, placenta delivery, systematic review.

INTRODUCCIÓN

La revisión manual de cavidad uterina (RMCU) es una práctica que se lleva a cabo con regularidad en la obstetricia sin haber en muchos casos una indicación clínica para realizarla. En el estado de Oaxaca se sigue utilizando esta maniobra en una alta proporción de mujeres durante el puerperio inmediato, no obstante la evidencia muestra que su implementación puede exponer a las mujeres a mucho dolor y a complicaciones de tipo infeccioso.

Considerando lo anterior el presente artículo muestra la evidencia de investigaciones que evalúan las diferentes tendencias en el tiempo en cuanto a la utilización de esta maniobra. También se consultaron las Guías de Práctica Clínica, la Norma Oficial Mexicana 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, la NOM 004 para el expediente clínico, los criterios y procedimientos para la prestación del servicio en salud y algunos libros de Ginecología y Obstetricia en donde se aborda o no, las indicaciones, riesgos y complicaciones de la implementación de dicho procedimiento.

Finalmente se incluyen conclusiones, recomendaciones y sugerencias con el fin de otorgar una atención apegada a la evidencia científica actual.

El presente trabajo surgió a raíz de los resultados obtenidos en el diagnóstico sobre la calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio en el primer nivel de atención rural del estado de Oaxaca.¹ El estudio reveló que la RMCU se realiza al 84% de las mujeres que se atendieron en hospitales públicos y al 85% de aquellas atendidas en centros de salud de primer nivel, cuando, según la literatura, sólo debiera realizarse en máximo 35% del total de mujeres,² siempre bajo anestesia y/o analgesia y tomando las medidas de asepsia y antisepsia necesarias.

A referencia de las mujeres entrevistadas, dicho procedimiento fue más doloroso que el propio parto, lo cual nos indica que la RMCU se realizó sin las medidas de

analgesia correspondientes, atentando, de esta forma, contra la integridad física y emocional de las mujeres.

Revisión Manual de Cavidad Uterina (RMCU)

La revisión uterina posparto es la exploración manual de la cavidad uterina que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones. Es un procedimiento que se practica en la mayoría de los casos en el postalumbramiento inmediato. Desde tiempo atrás se han establecido indicaciones para llevar a cabo el procedimiento, que van desde su uso rutinario hasta cuando existe un alumbramiento incompleto.³ Además existen indicaciones relativas como son las malformaciones uterinas y la preeclampsia.⁴

Revisión bibliográfica para realizar la RMCU: Evidencias de la investigación

Se revisaron nueve artículos, cuatro libros de Ginecología y Obstetricia, la NOM 007, las Guías de Práctica Clínica del CENETEC y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la atención del parto en cuanto a la RMCU.

Se trató de buscar el momento en el que la RMCU empezó a realizarse de forma rutinaria, solo se encontró una referencia de 1928 en la que se menciona que esta maniobra se tenía que realizar de forma habitual ya que prevenía hemorragias del alumbramiento.² En el texto de Dexeus también existen recomendaciones de su realización sistemática, donde menciona que el procedimiento debe realizarse bajo indicación específica o como "maniobra usual de asistencia al parto". Además refiere que en su momento (1970), la RMCU se realizaba como parte de la normativa habitual en muchos hospitales obstétricos, llegando a realizar hasta en un 93.4% de las mujeres atendidas durante el posparto inmediato.

Mencionando como sus principales ventajas la limpieza completa del útero, asegurando su integridad y tono, disminuyendo así la hemorragia. Vale la pena precisar que en esta referencia a todas las mujeres se les administró analgesia, así mismo menciona que los riesgos de infección se minimizan cuando se toman las adecuadas medidas de asepsia y antisepsia.

En México un reporte del Hospital Nacional Homeopático de 1991⁵ le dio seguimiento a 1205 mujeres, a 1155 de las cuales se les practicó la RMCU y a 50 no. En el grupo de mujeres que fueron sometidas a la RMCU una desarrolló fiebre, subinvolución uterina y hemorragia anormal. De las 50 pacientes a quienes no se les revisó la cavidad uterina, catorce experimentaron hemorragia mayor de lo normal e hipotermia dos a cinco días después de ser egresadas, a causa de la presencia de restos ovulares. Una paciente experimentó inflamación del peritoneo debido a la presencia de restos placentarios. Dicho estudio cataloga a la RMCU como un procedimiento benéfico para las pacientes ya que se trata de una maniobra que previene complicaciones inmediatas y/o tardías durante el puerperio, como es la retención de restos ovulares que disminuye el riesgo de presentar hemorragia postparto y infección puerperal. En el estudio no se evaluó la percepción del dolor ni se aclara en cuantos de los casos utilizaron analgesia o sedación.

En otro estudio, realizado por Epperly⁶ en 1989, se estudiaron a 320 pacientes que tuvieron partos sin complicaciones (185 con RMCU y curetaje con gasa y 135 sin exploración) para diferenciar complicaciones en cuanto a hemorragia posparto, infección y percepción de dolor. Los resultados no demostraron diferencias significativas entre estos dos grupos en cuanto a hemorragia, conteo de células blancas en el posparto y fiebre durante los tres días de hospitalización luego del nacimiento. Todas las pacientes fueron seguidas durante seis semanas, de ellas el 2.7% del grupo a quienes se les realizó la RMCU regresaron por complicaciones de hemorragia posparto; sólo una requirió admisión hospitalaria. Ninguna paciente del grupo al que no se le realizó la RMCU tuvo complicaciones. La percepción del dolor fue significativamente más alta en el grupo explorado con respecto al grupo control. Este estudio revela que la exploración uterina postparto de rutina y el curetaje con gasa del útero es un procedimiento doloroso que no está clínicamente indicado para reducir el riesgo potencial de hemorragia posparto o endometritis y es innecesario realizarlo de rutina durante el puerperio inmediato.

En otro estudio prospectivo, transversal y comparativo de casos, del año 2009³ se incluye a 130 pacientes durante el puerperio inmediato, con embarazos de 37 semanas de gestación o mayor. El grupo fue dividido aleatoriamente

en dos. A las mujeres del grupo I (65) se les realizó la RMCU de manera rutinaria, siguiendo las técnicas convencionales de asepsia y antisepsia. A las del grupo II (65) no se les realizó. Ambos grupos fueron citados para valoración en la primera y sexta semana posterior al evento obstétrico en busca de infección puerperal y otras complicaciones. Se encontró que no hubo diferencias entre ambos grupos en relación a edad, número de gestaciones y edad estacional. Las complicaciones se presentaron en tres pacientes (4.61%) del grupo I y en una (1.53%) del grupo II. La investigación concluye que la RMCU en el pos-parto inmediato no debe realizarse de manera rutinaria, ya que no existe diferencia en cuanto a la presentación de complicaciones, corroborando así los hallazgos obtenidos por Berger y cols⁷ (1981) respecto a la RMCU.

En 1991 se presentaron los resultados de un estudio prospectivo realizado en 100 pacientes que atendieron su parto en la Maternidad del Hospital Central de Valencia,⁸ en los meses comprendidos entre octubre de 1988 y enero de 1989. Se dividieron en dos grupos de 50; a uno se le realizó RMCU y al otro no. Se encontró que la mayor frecuencia de endometritis puerperal se presentó en las pacientes a quienes se realizó la RMCU.

En una evaluación de proveedores de salud del primer nivel de atención de Oaxaca y de Guerrero (personal no médico, parteras profesionales técnicas y enfermera obstetras) la Dra. Walker y cols. en 2011 encontraron que la RMCU se realiza de forma rutinaria en un 82.2% en la clínicas, de primero y segundo nivel, incluidas en el estudio. Los prestadores de servicios médicos refirieron que dicho procedimiento lo hacían porque supuestamente existía una normativa institucional para llevarla a cabo. Otra motivo que refirieron lo prestadores de servicios médicos fue que la RMCU previene la endometritis, lo anterior sin contar con ningún fundamento científico. El estudio también menciona que la RMCU se usa ampliamente entre Médicos Generales y Enfermeras Obstétricas.⁹

En el estudio realizado por Sachse y cols¹ en 2012 sobre la calidad de la atención durante la maternidad en centros de salud de primer nivel rural, se encontró que la RMCU se realiza en un alto porcentaje de mujeres (84% en los hospitales públicos y 85% en los CS). Cuando se les preguntó a las mujeres que si se les realizó la RMCU, la mayoría refirió que "les dolió más que la salida del bebé", mostrando que se trata de una práctica que atenta contra la integridad física y emocional de las mujeres, ya que se les está practicando una intervención de rutina muy dolorosa y en ocasiones innecesaria en la clínica obstétrica. En ese mismo estudio se le preguntó a los responsables de los centros de salud de primer nivel rurales que atienden partos bajo qué circunstancias realizaban la RMCU y porqué. El 45% respondió que lo hacía siempre

para verificar que no hubiera restos placentarios y/o para prevenir hemorragias, 35.7% respondió que a veces, justificándolo con los mismos motivos antes mencionados. El resto de los encuestados no supo responder. Lo cual puso en evidencia que no existe un consenso en cuanto a cuando sí o cuando no se debe de hacer la RCMU y queda en evidencia que en muchos casos dicha maniobra solo se hace de rutina y sin anestesia o analgesia.¹

En el libro de Obstetricia de Williams indica que la RMCU se debe de hacer cuando la hemorragia no responde o no disminuye con la administración de oxitócicos, dicha maniobra consiste en un masaje de la cara posterior del útero con la mano abdominal y un masaje a través de la vagina, cara anterior del útero, con la otra mano.¹⁰ Pero en ningún momento especifica que deba realizarse de forma rutinaria. Este libro también habla sobre la técnica y las indicaciones de la extracción manual de la placenta o de los restos placentarios, para lo cual especifica que es necesaria la administración de analgesia o anestesia adecuada, empleando las técnicas quirúrgicas de asepsia y antisepsia necesarias.

En el Manual de Ginecología y Obstetricia Aplicada¹¹ la única sección que habla sobre la RMCU es durante la atención del alumbramiento. Especifica que esta maniobra sólo se debe de realizar una vez habiendo revisado la placenta, sobre una charola y secando con una gasa la cara materna buscando la ausencia de cotiledones. Especifica que la RMCU se debe realizar manualmente o de forma instrumentada, en pacientes con sospecha de retención, cesárea previa, sospecha de ruptura uterina, parto pretérmino, óbito y corioamnionitis. Pero en ningún capítulo se encontró que dicha maniobra deba de realizarse de forma rutinaria.

La Norma Oficial Mexicana 007 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, en el apartado 5.4.4. dice: «para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario».¹² De ninguna manera menciona que la RMCU deba ser un procedimiento a realizarse de manera rutinaria. Así mismo en NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico¹³ menciona que todo procedimiento de tipo invasivo debe ser registrado en el expediente, situación que, según algunos médicos entrevistados, no ocurre en la mayoría de los casos.

La Guía de Práctica Clínica, Vigilancia y Manejo del Parto, Evidencias y Recomendaciones, de la Secretaría de Salud 2009 especifica en el apartado 2 “preguntas a responder por esta guía” la pregunta número 8 dice “¿Está indicada la revisión de cavidad uterina (RCU) en forma rutinaria posterior al alumbramiento?”¹⁴ Cuando se busca la respuesta a esta pregunta, se puede percatar que no existe tal ya que la palabra RMCU no vuelve a aparecer en todo el texto. Esto puede ser una omisión por falta de material de investigación o bien porque fue motivo de olvido.

Por otro lado la OMS en 1985, emite una serie de recomendaciones en cuanto a la atención de la mujeres durante la maternidad. Especificando que la RMCU después del parto es catalogada como un procedimiento en la categoría B: «Actos que son claramente dañinos o inefectivos y deberán ser eliminados» así como dentro de la categoría D: «Actos que son llevados a cabo frecuentemente de manera errónea».¹⁵

DISCUSIÓN

Considerando la bibliografía revisada, podemos decir que la RMCU es un procedimiento que si bien en los años 60, 70, 80 y 90 fue utilizado de forma rutinaria en la actualidad, partiendo de las nuevas evidencias y recomendaciones, se puede decir que sólo se debe realizar por indicación, ya que aporta escaso beneficio a la disminución de hemorragia posparto, puede favorecer la aparición de cuadros infecciosos y causa mucho dolor a las pacientes, sobre todo cuando se hace sin anestesia o analgesia.

Este procedimiento todavía no ha generado conflictos dentro de la atención, aún cuando su práctica sigue siendo de forma rutinaria, sin indicaciones precisas y analgesia en muchos centros de atención obstétrica. Lo anterior llevado a cabo principalmente por personal en formación, el cual trata de prevenir eventos adversos que en muchas ocasiones no suceden, puesto que la obtención de una placenta incompleta ocurre únicamente en el 30% de los casos,² con lo que se incurre en la práctica de la medicina defensiva.

Los eventos adversos en obstetricia son el principal motivo de inconformidad en la atención y surge la preocupación por la tendencia en nuestro país al incremento de las quejas y denuncias ante el ministerio público por mala praxis. Por lo que es importante dar a conocer al personal de salud que atiende partos en el primer y segundo nivel que este procedimiento, de acuerdo con la evidencia científica, no debe ser realizado a menos que se cuente con una indicación precisa, por médicos entrenados y bajo condiciones que minimicen el dolor y el riesgo de infección de las mujeres, ya que si se realiza

injustificadamente la RMCU no brinda ningún beneficio y si genera mucha incomodidad y dolor.

Recomendaciones

La tendencia actual acerca de practicar la RMCU va en función de la indicación que se tenga, no se promueve su uso de forma rutinaria, por lo que se aconseja que, de ser necesaria, sea realizada en las siguientes situaciones:

1. Retención de fragmentos placentarios o membranas.
2. Sospecha de lesiones corporales uterinas y cesárea anterior.
3. Presencia de hemorragia uterina posparto.
4. Parto pretérmino.
5. Ruptura de membranas de seis horas o mayor.
6. Enfermedad hipertensiva del embarazo.
7. Parto fortuito.
8. Óbito.

De preferencia en todos los casos bajo sedación o analgesia obstétrica, salvo que se trate de una emergencia obstétrica y deba realizarse inmediatamente. Además se debe solicitar consentimiento informado por parte de la mujer para llevar a cabo este procedimiento, explicando de forma clara y precisa las posibles complicaciones de la maniobra, por otra parte siempre deberá estar registrado en el expediente clínico de la paciente, para dar formal cumplimiento a la normativa.

La RMCU exige cuidadosas medidas de asepsia, como son el cambio de guantes, recolocar material estéril y volver a utilizar antiséptico en la región vulvo-perineal. Se recomienda introducir una mano en la cavidad uterina, mientras la otra detiene el fondo uterino por el abdomen, la mano interna realiza un registro de las paredes anterior, posterior y lateral, al mismo tiempo se examina el cuerpo uterino en búsqueda de soluciones de continuidad con revisión intencionada a nivel del segmento inferior con el pulgar para identificar lesiones.² También puede ser realizada con curetaje por medio de una gasa o bien llevarla a cabo de manera instrumentada.

Conclusiones

Hacen falta más estudios que evalúen la necesidad o no de realizar la RMCU.

La revisión bibliográfica mostró algunas deficiencias de los estudios consultados.

Es imperante que la NOM 007,¹¹ de la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio,¹¹ indique detalladamente los casos en los que se debe realizar la RMCU.

Cuando se realice la RMCU siempre deberá ser bajo analgesia-anestesia y con las medidas de asepsia y antisepsia correspondientes.

Responder en la Guía de Práctica Clínica del CENETEC a la pregunta "¿Está indicada la revisión de cavidad uterina (RCU) en forma rutinaria posterior al alumbramiento?"

Siempre se debe pedir el consentimiento informado a la mujer que es sometida a la RMCU, explicando de forma clara y precisa la indicación y los riesgos.

Al ser la RMCU una maniobra invasiva, siempre debe de estar registrada en el expediente clínico.

REFERENCIAS

1. Sachse-Aguilera M, Sesia P, Pintado-Gonzalez A, Lastra-Jiménez Z. Revisión de la calidad de la atención en el primer y segundo nivel de atención en los Valles de Oaxaca. En prensa.
2. Carrera-Maciá JM. Revisión uterina en profilaxis y tratamiento de las hemorragias del alumbramiento y postparto. En: Dexeus JM. Tratado de obstetricia Dexeus. Tomo III Tratado y atlas de operatoria obstétrica. Barcelona: Salvat; 1988. p. 340-342.
3. Alvirde-Álvaro O, Rodríguez-Aguñiga R. Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato. Arch Inv Mat Inf. 2009;1(2):58-63.
4. Dombrowski MP, Bottoms SF, Saleh AAA, Hurd WW, Romero R. Third stage of labor: Analysis of duration and clinical practice. Am J Obstet Gynecol. 1995; 172(4): 1279-1284.
5. Zúñiga C, Fernández Nava J, Alvarez Meza P, Vargas García C. Systematic examination of the uterine cavity after parturition. Ginecol Obstet Mex. 1991 Aug;59:243-5.
6. Epperly TD, Fogarty JP, Hodges SG. Efficacy of routine postpartum uterine exploration and manual sponge curettage. J Fam Pract. 1989;28(2):172-6.
7. Berger E, Gillieson M. Puerperal febrile complications and puerperal flora following elective manual exploration of the uterus. Am J Obstet Gynecol. 1981; 139: 320-323.
8. Agreda Y, Abdallah M, Briceño B. Influencia en la revisión manual endouterina sobre la aparición de endometritis puerperal. Revisión de la literatura y experiencia nacional. PCM. 1991; 5(3): 53-58.
9. Walker D, DeMaria LM, Campero L, González D, Suárez L, Romero M. El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad. Resumen ejecutivo. México: INSP-INMujeres; 2011. 39p.

10. Cunnigam G, Leveno KJ, Hauth JC, Blomm SL. Trabajo de parto y parto normales. En: Obstetricia de Williams. 23ª edición. Connecticut: Appleton & Lange; 2008.
11. Ahued-Ahued JR, Bailón-Uriza R, Fernández del Castillo C. Atención del parto normal. En: Manual de Ginecología y Obstetricia Aplicada. México: Manual moderno; 2002.
12. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: DOF; 6-01-1995.
13. Secretaría de Salud. NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. México: DOF; 15-10-2012.
14. Secretaría de Salud. Guía para la vigilancia y manejo del parto. Catálogo Maestro de Guías Nacionales de Práctica Clínica. México: CENETEC; 2009.
15. WHO. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985; 2:436-437.

Agradecemos la traducción de
nuestros abstracts a



ELITE Translations, S.A de C.V.
ventas@elite-translations.net
Tel. (0155) 90-00-19-31